

THÈSE 48

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jos ALBARET

Né le 27 novembre 1914 à Pont-Croix (Finistère)

18 MARS 1942

L'Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque au cours de l'évolution de la coxarthrie

Président : M. P. MATHIEU, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **ALBARET.**

Prénom: **Jos.**

Date de la soutenance: _____

Numéro d'ordre: _____

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

ALBARET (Jos).

L'hygroma de la bourse séreuse
du psoas iliaque au cours de
l'évolution de la coxarthrie.

1942

Paris, Maurice Lavergne, in-8° r.
56 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris 1942,
n° _____)

ALBARET (Jos).

L'hygroma de la bourse séreuse
du psoas iliaque au cours de
l'évolution de la coxarthrie.

1942

Paris, Maurice Lavergne, in-8° r.
56 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris 1942,
n° _____)

ALBARET (Jos).

L'hygroma de la bourse séreuse
du psoas iliaque au cours de
l'évolution de la coxarthrie.

1942

Paris, Maurice Lavergne, in-8° r.
56 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris 1942,
n° _____)

ALBARET (Jos).

L'hygroma de la bourse séreuse
du psoas iliaque au cours de
l'évolution de la coxarthrie.

1942

Paris, Maurice Lavergne, in-8° r.
56 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris 1942,
n° _____)

8101

8101

8101

8101

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1942.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jos ALBARET

Né le 27 novembre 1914 à Pont-Croix (Finistère)

L'Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque au cours de l'évolution de la coxarthrie

Président : M. P. MATHIEU, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1942

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	FIESSINGER.
»	ABRAMI.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VEITER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMEREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIB.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
BESANÇON (Justin) .	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUÉJOUL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY.....	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.	MENÉGAUX	Pathologie chirurgic.
DELARUE	Anat. pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgic.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgic.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	SICARD	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.		
PIEDELIEVRE	Médecine légale.	HUGUENIN	Anat. pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALATOUANINE	} Clinique Médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BRULÉ		BROCC	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART D'ALLAINES	
DONZELOT		LEVEUF	
LAROCHE (Guy)		MOULONGUET	
LIAN	} Clinique Obstétricale.	MOURE	} Clinique Obstétricale.
MOREAU		QUENU	
SEZARY		ECALLE	
DUVOIR		NETZGER	
GASTINEL		PORTES	
		VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES SOEURS

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR P. MATHIEU

Professeur de Clinique de Chirurgie Orthopédique
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de notre thèse.*

AU DOCTEUR PADOVANI
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse et nous aider de ses con-
seils avec une inlassable bienveillance.*

AU DOCTEUR BENOISTE-PILLOIRE
Médecin-Chef du Sanatorium Marin de Kerpaye

*Qui sut toujours nous faire profiter de
son expérience et de son talent avec
une sollicitude toute paternelle.*

A M. LE PROFESSEUR L. DEVRAIGNE

Accoucheur honoraire des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a initié à l'art délicat de l'accouchement.

A M. LE PROFESSEUR MARQUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes
Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

A M. LE PROFESSEUR L. CHENET

Professeur de Clinique d'Ophtalmologie et de Laryngologie
à l'Ecole de Médecine de Rennes
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

INTRODUCTION

L'inflammation de la bourse séreuse du **psoas iliaque** est une affection rare, presque exceptionnelle. Il en existe une quarantaine de cas dans la littérature ; les auteurs se bornent, dans l'ensemble, à signaler leur observation, plus ou moins à titre de curiosité.

Avec Durville, dans sa thèse de Paris 1895, apparaît une excellente monographie, consciencieuse et à peu près complète de tous les hygromas du **psoas**, aigus ou chroniques. Zuelzer (*Deutsch.Ztschr.* 1898), Gatch et Green (*Annals of Surgery*, 1928), reprennent la question. Le 29 décembre 1928, Chastenet de Gery fait une communication à la Société de Chirurgie de Paris, et, en 1933, André Vasserot étudiait, d'une manière détaillée, dans sa thèse inaugurale, l'hygroma chronique simple de la bourse séreuse du **psoas iliaque**.

Nous ne nous dissimulons pas l'intérêt assez restreint, clinique et thérapeutique, d'une telle affection, du fait de sa rareté. Cependant, il nous a été donné d'observer, en quelques mois, dans le service de M. le Professeur Mathieu à l'Hôpital Cochin, deux cas d'hygroma de la bourse séreuse du **psoas iliaque**

chez des sujets atteints d'arthrite chronique de la hanche.

Un de ces malades a été opéré. Par ailleurs, nous rapporterons un cas de chondromatose articulaire qui, cliniquement et radiologiquement, avait simulé un hygroma de la bourse séreuse du psoas, le diagnostic n'ayant été rectifié que lors de l'intervention.

Il nous a paru intéressant de reprendre l'étude de l'hygroma de la bourse séreuse du psoas sous cet aspect un peu particulier qu'il présente lorsqu'il est associé à la coxarthrie dont il apparaît comme une complication rare et un peu particulière.

NOTIONS ANATOMIQUES

Situation. — Si l'on sectionne le muscle psoas à hauteur de l'arcade crurale, et si on le récline de part et d'autre de cette arcade, on peut voir qu'il est séparé du squelette de la région inguino-crurale, c'est-à-dire, en haut, du bord antérieur de l'os coxal, et en bas, du plan antérieur de l'articulation coxo-fémorale par une bourse séreuse, constante, et d'un développement remarquable. La bourse séreuse du psoas, allongée dans le sens du muscle, s'étend depuis le petit trochanter en bas, où elle n'atteint pas cependant la petite bourse pétrochantérienne du psoas, jusqu'à l'éminence ilio-pectinée en haut, pénétrant même souvent, pour Testut, jusque dans la fosse iliaque interne.

Forme. — Ovoïde, quand elle est injectée, elle présente un grand axe oblique en bas et en dehors.

Dimensions. — Injectée, elle mesure 6×3 cm. environ. Pour Gatch et Green, elle serait la plus grande bourse séreuse normale du corps.

RAPPORTS

1) En avant. — La bourse séreuse tapisse la face profonde du psoas, avec laquelle elle est intimement unie, d'où extirpation difficile de la bourse dans bien des cas. Ceci permet également de comprendre que la suppuration d'un hygroma amène facilement l'inflammation et la dégénérescence des fibres musculaires du psoas.

2) En arrière. — Elle repose sur le plan squelettique de la région inguino-crurale, dont elle est séparée sur presque toute sa longueur par le ligament de Bertin et le ligament pébo-fémoral, la capsule est représentée par une zone triangulaire très amincie ; assez fréquemment d'ailleurs, notamment chez les gens âgés, la bourse séreuse communique avec la synoviale de la hanche à travers une éraillure de la capsule à ce niveau. Il résulte de cette disposition que lorsque la bourse séreuse est le siège d'un processus inflammatoire, l'inflammation peut facilement se propager à l'articulation et inversement.

3) En dedans. — Elle présente, quand elle est à l'état de distension, des rapports importants avec le paquet vasculo-nerveux inguino-crural.

a) Le nerf crural, après avoir cheminé entre les portions psoas et iliaque du muscle psoas iliaque, perfore le fascia iliaca, et vient se résoudre,

au-dessous de l'arcade crurale, en quatre branches terminales. Parmi celle-ci, le nerf saphène interne présente des rapports intimes avec la paroi interne de la bourse séreuse distendue (Durville) ce qui explique les phénomènes douloureux constatés dans le cas d'hygroma.

b) L'artère et la veine fémorales pénètrent dans le triangle de Scarpa par l'anneau crural. Reposant désormais sur le muscle pectiné en arrière, ils longent le bord interne du psoas dont ils ne sont séparés que par le fascia iliaca; ils pourront par suite être refoulés en dedans et en avant par une bourse séreuse distendue.

4) En dehors. — Le bord externe s'arrête sous les fibres charnues à environ deux travers de doigt du bord externe du grand trochanter.

5) En haut. — L'extrémité supérieure, convexe, de la bourse séreuse, remonte jusque dans la fosse iliaque interne où elle est continuée par la couche celluleuse lâche qui sépare une partie du psoas iliaque de la paroi osseuse de la fosse iliaque (Testut et Lund). Pour Durville, au contraire, elle ne dépasse pas en haut l'éminence ilio-pectinée.

6) En bas. — L'extrémité inférieure amincie, n'atteint généralement pas le petit trochanter; enflammée, elle pousse parfois un diverticule vers le trou ovale.

Développement

a) La bourse séreuse du psoas iliaque n'existe pas chez le nouveau-né ; elle se développe avec l'âge sous l'influence des glissements. Elle paraît constante à partir de la dixième année (Durville).

b) « Cette longue séreuse est assez fréquemment cloisonnée dans sa longueur, au niveau du cul-de-sac inférieur, disposition qui répond au dédoublement du tendon du psoas iliaque ; elle présente aussi parfois un cloisonnement transversal un peu au-dessus du petit trochanter ; ces cloisonnements indiquent que cette longue séreuse résulte de la fusion de trois ou quatre séreuses primitivement isolées. Cette grande séreuse communique parfois avec la synoviale articulaire coxo-fémorale (ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut). » (1)

(1) Poirier et Rouvière : Traité d'anatomie, T.II, fasc.1, p. 317.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La coexistence de l'hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque et de la coxarthrie ne modifie pas les caractères anatomo-pathologiques respectifs des deux affections ; nous les examinerons donc successivement, au cours d'un rapide exposé, en commençant par l'hygroma, nous référant à ce sujet aux divers cas déjà publiés concernant des hygromas isolés.

1. — L'HYGROMA

Examen macroscopique

1. *Le volume* du kyste séreux est variable, il peut aller de la grosseur d'un œuf de poule à celui d'un poing, ou même atteindre ou dépasser les dimensions d'une tête de nouveau-né.

2. *Sa forme* est en général ovoïde, à contours réguliers. Dans certains cas, elle est en bissac, bridée par l'arcade crurale, la tumeur principale pouvant siéger dans la fosse iliaque interne. Son extrémité supérieure dépasse plus ou moins l'arcade de Fallope, et d'autre part, il peut exister de véritables diverticules partis de l'extrémité inférieure vers

l'obturateur externe ou vers la région fessière en contournant le fémur.

3. *Sa consistance* n'est pas toujours la même, parfois ferme ou au contraire plus ou moins fluctuante, suivant la nature de son contenu et la tension de celui-ci. Toutefois, quand la poche kystique est mise à nu par l'intervention, elle est nettement fluctuante.

4. *La réductibilité* de la tumeur est inconstante. Sous l'influence de la pression, le liquide passe partiellement dans un diverticule ou dans l'articulation, quand il existe un orifice de communication (observation I).

5. *La pression* permet de sentir une crépitation particulière dans le cas où la bourse séreuse contient des corps étrangers glissant les uns sur les autres ; ce signe avait paru confirmer le diagnostic pourtant erroné dans l'observation III.

6. *La communication* avec l'articulation est assez fréquente, de l'avis de nombreux auteurs ; nous l'avons trouvée nettement dans la première observation. Quand elle existe, l'orifice de communication siège sur le bord interne du ligament de Bertin, là où la capsule articulaire est mince.

7. *La paroi* ressemble à celle de tout hygroma banal, parfois mince, s'affaissant sur elle-même à l'incision. D'autres fois plus épaisse, dure et comme lardacée. Extérieurement, elle est d'aspect gris-bleu

brillant. Intérieurement, elle est blanchâtre, unie, mais présente quelquefois des travées conjonctives et de petites végétations. Souvent elle adhère fortement au psoas et à l'articulation.

8. *Le contenu du kyste* comprend un liquide :

- a) analogue à de la synovie, habituellement clair, visqueux, filant, jaunâtre comme de l'ambre, riche en albumine (observ. I).
- b) parfois hémorragique.
- c) ou même épais comme de la gelée de pommes.
- d) parfois enfin des corps étrangers, fragments fibrineux ou cartilagineux (observ. I), des grains riziformes (observ. III) ou même de véritables ostéophytes.

Examen microscopique

La paroi kystique est formée de tissu fibreux dense qui présente dans certains cas des plages cartilagineuses ou inflammatoires.

La présence des noyaux cartilagineux et osseux sur la paroi de la bourse indique le mode de formation des corps étrangers ; ces noyaux font saillie à l'intérieur de la cavité kystique comme de petites végétations ; les frottements les détachent au niveau de leur insertion et les font tomber dans le liquide où leurs contours s'émoussent et où ils donnent de la crépitation. La constitution des grains riziformes

revêt une origine analogue. L'existence dans cette variété d'aires inflammatoires autorise à admettre une localisation à la bourse sous-iliaque confusionnée par un traumatisme ou les frottements exagérés d'une infection générale telle que rhumatisme.

II. — LA COXARTHRIE

En dépit des morphologies variables et complexes qu'affectent les surfaces articulaires des hanches atteintes de coxarthrie, il existe un vrai syndrome anatomo-pathologique de la coxarthrie.

Lésions osseuses

Les modifications de la tête fémorale apparaissent considérables. Il semble dans la majorité des cas que la surface articulaire proprement dite se soit étalée par végétation ostéo-cartilagineuse sur tout son pourtour pour recouvrir le col, comme le chapeau d'un champignon en recouvre le pied. La capsule recouvre cette végétation et souvent les saillies irrégulières ostéo-cartilagineuses pénètrent les fibres capsulaires. Il arrive que le champignon céphalique recouvre le col jusqu'au grand trochanter.

Le col semble s'être enfoncé dans la tête qui a pour ainsi dire fondu en s'étalant.

Le raccourcissement du col est un fait apparent dû le plus souvent à ce qu'il a été recouvert par l'hypertrophie céphalique. La compacte du col

se retrouve sur les coupes transversales de ce chapeau céphalique. L'épaississement du col est donc une apparence. Quant aux modifications de direction du col (coxa valga et vara, antéverson), elles dépendent souvent de la lésion primitive.

La cavité cotyloïde se présente sous deux aspects : le cotyle creux, le cotyle évasé.

Le cotyle creux peut avoir une profondeur exagérée, si son pourtour s'est adjoint une marge de néoformations ostéocartilagineuses qui constitue un auvent à la partie supérieure, un seuil à la partie inférieure sur les radiographies ; mais ces végétations existent en réalité sur tout le pourtour et elles recouvrent le champignon céphalique avec lequel elles s'articulent.

Au niveau de l'arrière-fond du cotyle, ces végétations existent aussi, le comblent, et, si elles sont très développées, elles forment un double-fond qui repousse la tête en dehors.

Le cotyle évasé présente des végétations marginales moins développées et le double-fond est ordinairement très marqué à la partie inférieure.

On a décrit classiquement des signes de réaction fibreuse périarticulaire avec bourses séreuses altérées, adhérentes, capsule épaissie, ligaments indurés et difficiles à isoler.

Les proliférations ostéocartilagineuses qui entourent le col adhérent à la capsule dans l'épaisseur de laquelle elles pénètrent. La partie de la tête qui

est dans le cotyle n'est pas adhérente à la capsule et garde une forme arrondie.

Les altérations de la synoviale sont peu caractéristiques macroscopiquement. Le liquide qu'elle contient est rarement abondant. Mais ce sont les lésions du cartilage qui apparaissent comme vraiment caractéristiques de la coxarthrie.

La lésion essentielle est l'usure du cartilage articulaire. Celui-ci présente soit de simples érosions, soit des ulcérations véritables. Certaines apparaissent avec des bords nets, taillés à pic ; d'autres, les plus caractéristiques, ont des bords frangés, mal circonscrits, leur fond présente un aspect velouté. Ce sont les altérations velvétiques décrites par Redfern et par Charcot.

L'ensemble des lésions cartilagineuses donne un aspect de cirqués et de cratères, aspect lunaire. Des fragments de cartilage peuvent se détacher et constituer des corps étrangers articulaires. Parfois on trouve un véritable séquestre ostéochondral qui se présente au début sous forme de zone où le cartilage est décollé, plissé. Plus tard, le séquestre se détache complètement. Il s'agit là des lésions décrites sous le nom d'ostéochondrite disséquante. D'abord localisées, elles s'accompagnent bientôt des lésions diffuses de coxarthrie.

HISTOLOGIE DES LÉSIONS

Voici une description résumée du processus des lésions, d'après Cornil et Ranvier :

Sur une coupe perpendiculaire à la surface du cartilage, on observe une multiplication des cellules cartilagineuses qui donnent naissance à de grandes capsules contenant des capsules secondaires nombreuses. elles-ci s'ordonnent en séries linéaires et s'ouvrent à la surface, vidant leur contenu dans la cavité articulaire. La substance fondamentale du cartilage, comprise entre les espaces laissés vides par la chute de leurs éléments, persiste longtemps et forme des villosités plus ou moins longues à la surface du cartilage.

Ces filaments disparaissent progressivement et l'os sous-jacent subit une éburnation et peut être usé lui-même par les mouvements articulaires. Il arrive que se détachent de véritables copeaux osseux réalisant un cas de pulvérisation des extrémités articulaires.

SYMPTOMATOLOGIE

L'hygroma de la bourse séreuse du psoas et la coxarthrie mêlent leurs symptômes respectifs ; cependant, il n'est pas douteux que les symptômes fonctionnels de la seconde affection estompent ceux de la première.

Nous étudierons dans un même paragraphe les signes fonctionnels des deux lésions et nous examinerons séparément les signes physiques de l'hygroma puis ceux de la coxarthrie.

SIGNES FONCTIONNELS

Le début de la maladie est insidieux, et si, dans le premier cas que nous rapportons, l'apparition de la tumeur a précédé les douleurs (observation 1), dans l'autre cas, elle est survenue après le début des troubles de la marche.

Les douleurs :

a) Le siège de la douleur est variable, antérieur, inguinal, irradiant souvent à la partie interne de la cuisse, dans la hache et plus en arrière dans la fesse et à la partie postérieure de la cuisse. La douleur

siège parfois uniquement au genou, exposant le malade à mal interpréter son origine.

b) *Leur intensité* est également variable, elles sont tantôt vives et tantôt insignifiantes, souvent modérées et très supportables.

Peu marquée au réveil, la sensation douloureuse s'accroît au cours de la journée. Dans quelques cas, elle peut cesser après « dérouillement » dû aux premiers mouvements, pour reparaître après une certaine fatigue.

c) *Leur fréquence.*

D'abord intermittente, la douleur peut devenir continue avec des paroxysmes provoqués fréquemment par la marche en terrain accidenté, la montée d'un escalier ou même une contracture brusque des adducteurs au cours du sommeil.

Le sujet se plaint de ne pouvoir s'asseoir ni se baisser aisément. Il éprouve beaucoup de peine à mettre son soulier, symptôme sur lequel ont insisté Léri et Duvernay.

SIGNES PHYSIQUES

A) *De l'hygroma*

1) L'inspection fait constater l'existence d'une tumeur plus ou moins développée dans l'aîne, sous le ligament de Poupart, en dehors des vaisseaux.

L'aspect de la peau n'est pas modifié. On peut remarquer les battements de l'artère fémorale soulevée par l'hygroma.

2) La palpation permet de repérer la tumeur, d'analyser sa forme, de la situer, en un mot de retrouver plus ou moins nettement la plupart des caractères anatomo-cliniques : volume, forme dont nous avons déjà parlé au chapitre anatomo-pathologique.

3) La topographie exacte en surface et en profondeur demande à être précisée. La plénitude de la partie externe du triangle de Scarpa peut s'étendre en dehors jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure et le bord antérieur du fascia lata. En dedans, elle refoule les vaisseaux fémoraux ; on sent nettement les battements artériels vers le bord interne de la cuisse ; cependant, les vaisseaux peuvent être déplacés seulement en avant. Dans ce cas, on remarque avec un peu d'attention que la tumeur elle-même n'a pas de battements propres. En bas, elle descend jusqu'à plusieurs centimètres au-dessous de l'arcade crurale. En haut, le contour arrondi de son bord supérieur est fréquemment décelé au-dessus de l'arcade par les doigts qui palpent la fosse iliaque interne. Le pli de l'aîne peut se trouver effacé, il se peut même que la plus grosse partie du kyste occupe le bassin.

La peau est mobile au-dessus de la tumeur. Mais celle-ci est solidement fixée aux plans profonds.

En faisant contracter le couturier, on voit qu'elle est placée sous ce muscle. Si l'on fléchit la cuisse sur le bassin, le psoas apparaît refoulé en avant et nettement dessiné sous la peau. De plus, « le malade étant couché sur le dos, si l'on fait fléchir la cuisse, la tumeur paraît s'enfoncer mais ne remonte pas ; par contre, si l'on fait asseoir le malade, elle donne l'impression de s'abaisser un peu, en somme comme si elle était fixée au bassin plutôt qu'au fémur » (Châtenet de Géry). Ces manœuvres sont certainement excellentes mais pas toujours faciles à exercer chez des sujets présentant une limitation plus ou moins considérable des mouvements de la hanche ; par suite de la coxarthrie concomitante.

B) *De la coxarthrie*

En examinant le malade debout, on remarque en général une attitude hanchée. Le membre atteint est en légère flexion reposant sur le sol par la pointe du pied et en rotation externe. Cette rotation s'accompagne d'un degré plus ou moins marqué d'abduction.

Plus rarement c'est une déformation inverse que l'on observe avec adduction et rotation interne.

La marche est troublée, il existe une boiterie plus ou moins accusée, le malade plonge légèrement à chaque pas. L'examen méthodique de la hanche montre :

a) Une atrophie musculaire se traduisant par une dénivellation du pli fessier ; cette amyotrophie est plus ou moins intense, et dans le cas d'hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque, elle s'étend aux muscles de la cuisse.

b) Une contracture musculaire variable surtout dans le territoire des adducteurs.

c) Une limitation des mouvements. Les premiers mouvements limités sont l'hyperextension et l'adduction en flexion maxima (Leri).

Duvernay a remarqué que la flexion était longtemps bien conservée, c'est l'ultimum moriens de la coxarthrie.

M. le Professeur Mathieu insiste sur la fréquence de la déviation des mouvements de flexion, spontanés ou provoqués. Le sujet ne peut souvent fléchir sa cuisse en rectitude. Il est alors obligé de la porter soit en abduction, soit en adduction selon les cas. Cette déviation de la flexion est vraisemblablement due à la présence d'ostéophytes qui, d'après leur siège, déterminent l'orientation dans tel ou tel sens.

Des craquements articulaires peuvent être perçus au cours de l'examen.

Des points douloureux pourront être déterminés en des endroits variables, surtout à la face antérieure de l'articulation.

Il n'y a pas d'adénopathie ni inguinale, ni ilia-

que. La mensuration peut montrer un raccourcissement toujours peu marqué d'ailleurs et dû à l'aplatissement de la tête fémorale ou à une subluxation que l'on mettra mieux en évidence par la radiographie.

ÉVOLUTION — COMPLICATIONS

° C'est l'évolution de la coxarthrie qui, dans le cas de l'hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque concomitant, domine l'affection et fait le pronostic.

L'hygroma n'a pas tendance à régresser. On ne connaît aucun cas de rupture spontanée. Aucune mort n'a été signalée du fait de la bursite. L'infection secondaire est théoriquement possible et serait particulièrement redoutable pour l'articulation coxo-fémorale communiquant avec la bourse séreuse. L'évolution de la coxarthrie est lente, l'arthrite progresse par poussées. Chaque crise s'atténue par l'immobilisation mais après chacune d'elles, on constate que la hanche est encore moins mobile.

L'affection livrée à elle-même aboutit rarement à l'ankylose véritable. Celle-ci est toujours d'apparition tardive et le plus souvent incomplète. Dans les rares cas où elle est complète et en bonne position, l'arthrite n'est presque plus douloureuse, l'impotence fonctionnelle est moins accentuée. Malheureusement, l'ankylose, heureuse infirmité (à condition d'être unilatérale) est loin de se produire toujours et le malade est en proie à des douleurs de plus

en plus marquées, entraînant une impotence fonctionnelle presque absolue. Il est confiné au lit.

La prise de l'articulation du côté opposé n'est pas exceptionnelle. Soit que l'on trouve d'emblée au premier examen des lésions analogues au niveau des deux hanches, alors même que le malade ne se plaint que d'une d'elles, soit que la hanche qui paraissait saine au début se prenne parfois seulement au bout de plusieurs années. Le type évolutif est le plus fréquent.

Rarement une complication survient : la fracture du col du fémur, fracture spontanée qui survient à l'occasion d'un léger traumatisme.

Les symptômes sont peu accusés ; on les met sur le compte d'une poussée d'arthrite et c'est la radiographie qui montre le trait de fracture.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque sera essentiellement fondé sur l'aspect de la tumeur crurale, son siège, sa situation profonde sous le psoas, sa consistance rénitente dans l'extension de la cuisse, fluctuante dans la flexion.

Quelques affections de la région pourraient prêter à confusion :

La hernie crurale forme une saillie plus interne, au moins partiellement réductible, présentant une impulsion à la toux ou à l'effort.

Un anévrysme de l'artère fémorale présente des battements propres avec expansion caractéristique.

Une adénite chronique est plus superficielle, rarement unique.

Un abcès froid de la gaine du psoas se reconnaîtra par l'existence d'une tuméfaction profonde au-dessus de l'arcade crurale et par les signes de lésions osseuses vertébrales ou sacro-iliaques.

Plus difficile serait le diagnostic avec *un abcès provenant d'une corallie*. L'infiltration diffuse pro-

fonde de la région, l'adénopathie rétro-crurale et surtout les signes radiologiques permettront aisément la distinction.

Parfois, la saillie osseuse importante d'une tête fémorale hypertrophiée a pu faire croire à l'existence d'une *bourse séreuse sous tension*.

Enfin, une *distension capsulaire* importante peut en imposer pour un hygroma. Ce fut le cas de notre malade de l'observation III chez lequel il s'agissait en réalité de chondromatose avec agrandissement considérable de la cavité articulaire. Un aspect clinique semblable se rencontre au cas d'arthropathie tabétique. Celle-ci se caractérise par son indolence, son début rapide, l'existence de mouvements anormalement étendus et les signes neurologiques classiques.

Le diagnostic d'hygroma une fois établi, les signes cliniques et radiologiques révéleront facilement l'existence de la coxarthrie concomitante. Il semble que cette association de l'hygroma de la bourse séreuse du psoas et de la coxarthrie soit assez rare.

Nous n'avons pas retrouvé d'exemple précis dans la littérature. Molinery rapporte bien « un cas historique de coxarthrie traumatique non tuberculeuse de la hanche : la maladie du prince impérial ». Nélaton, par ponction de la bourse synoviale de l'articulation coxo-fémorale, avait ramené un liquide colloïde. En fait, il semble bien que le prince im-

périal ait présenté une bursite isolée sans coxarthrie, la suite des événements ayant démontré qu'il n'avait conservé aucune séquelle articulaire, puisque la guérison fut telle que, plus tard, l'enfant ne présenta ni douleur, ni boiterie, ni gêne, et devint l'un des plus remarquables cavaliers de son époque.

TRAITEMENT

Il ne saurait exister de traitement médical d'une semblable affection.

La ponction simple ne peut être considérée que comme un moyen diagnostic. Elle n'entraîne pas en pratique de soulagement, même temporaire. Elle ne permet d'ailleurs de retirer le plus souvent qu'une partie seulement du contenu de la poche, étant donné les dépôts fibrineux souvent importants qui s'y trouvent.

Quant aux injections modificatrices qui ont été proposées dans le traitement des hygromas isolés de la bourse séreuse du psoas, il ne convient d'en parler que pour les éliminer de façon formelle. La communication constante de la bourse séreuse avec l'articulation rendrait leur emploi certainement dangereux.

La radiothérapie enfin ne saurait entraîner l'assèchement de la poche, pas plus d'ailleurs, l'expérience l'a bien prouvé maintenant, qu'elle n'a d'action réelle et durable sur l'évolution de la coxarthrie.

La seule thérapeutique à appliquer est donc une thérapeutique chirurgicale. Elle consistera essentiellement dans l'ablation de la bourse séreuse. A celle-

ci s'adjoindra selon l'état local et l'état général du malade, des actes opératoires complémentaires visant au traitement de la coxarthrie elle-même.

ANESTHÉSIE

Lorsque l'âge et l'état général le permettront, rien n'empêchera de recourir à une anesthésie générale banale ou à une rachianesthésie.

Mais il faut savoir que, sous réserve de s'adresser à un sujet de corpulence moyenne ou faible, l'anesthésie locale peut être avantageusement employée. On utilisera une solution de novocaïne à 1 pour 200 dont il ne faudra pas craindre d'user 100 à 120 cc.

L'anesthésie cutanée sera faite selon la technique habituelle le long de la ligne d'incision que nous préciserons plus loin. En profondeur, il conviendra d'infiltrer largement, de préférence plan par plan au fur et à mesure de leur découverte opératoire, les muscles de la région. Le couturier, le droit antérieur et le psoas devront être bien anesthésiés pour permettre la traction des écarteurs sur les deux premiers et la dissection de la poche au contact du second. La capsule articulaire une fois reconnue sera elle aussi infiltrée. Il sera bon d'évacuer le liquide articulaire par ponction et de le remplacer par une certaine quantité de novocaïne à 1 %.

L'intervention conduite avec douceur s'avèrera

presque indolore. Cette méthode permettra d'étendre sans aucun risque, à des malades âgés et fatigués le bénéfice de l'intervention chirurgicale.

VOIE D'ABORD

Les téguments de la région seront soigneusement préparés comme avant toute intervention articulaire.

Lorsqu'on désirera se borner à l'ablation de la bourse séreuse sans intervention osseuse complémentaire, la simple incision antérieure sera suffisante. La ligne d'incision partira de l'épine iliaque antéro-supérieure et se dirigera vers le bord interne de la rotule. Le tissu cellulaire sous-cutané traversé, on incisera l'aponévrose en regard de l'interstice entre le tenseur du fascia lata et le couturier, en longeant dans toute sa longueur le bord externe de ce dernier muscle. Après hémostase des vaisseaux contenus dans cet interstice, le couturier sera bien dégagé et placé sous un écarteur. On tombe alors sur le droit antérieur dont on dégage le bord externe. Ce muscle étalé recouvre la bourse séreuse. Il est fortement tendu au devant et en dehors d'elle et il est malaisé de le récliner par-un écarteur. La mise de la cuisse en position de légère flexion aidera à cette manœuvre. On pourrait être amené, pour obtenir plus de facilité, à désinsérer le droit antérieur au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure après avoir sectionné son tendon réfléchi.

Immédiatement au-dessous du muscle se trouve la bourse séreuse, accolée au bord externe du muscle du psoas iliaque. La libération sera faite de proche en proche aux ciseaux courbes. Au cas où la bourse séreuse communiquerait avec l'articulation, il sera utile d'ouvrir la capsule articulaire. Puis le doigt pénètre par l'orifice de communication et permet une dissection de la poche analogue à celle d'un sac herniaire. Au cas où la bourse séreuse serait isolée, on pourrait, par l'ouverture limitée de la poche, procéder de manière analogue.

Il suffit de quelques points de catgut pour rapprocher le couturier du tenseur. Bien entendu, si l'on avait dû détacher le muscle droit antérieur, sa réinsertion devrait être pratiquée à l'aide d'un crin.

Une immobilisation au lit de quelques jours sera suffisante. La mobilisation articulaire active sera entreprise au bout de 48 heures.

INTERVENTIONS ASSOCIÉES

Etant donné la coexistence de la coxarthrie, on devra, dans la mesure du possible, chercher, en même temps que l'on enlève l'hygroma, à traiter cette dernière.

Deux méthodes peuvent être employées : la capsulotomie ou la résection arthroplastique.

La capsulotomie a été proposée par Smith Petersen et préconisée en France par M. Sorrel. Elle consiste dans l'incision large et l'ablation partielle

de la face antérieure de la capsule. Elle paraît agir en supprimant la tension intra-articulaire et en réalisant une névrotomie capsulaire partielle. On peut lui adjoindre l'ablation des ostéophytes et ecchon-droses qui siègent soit à la partie antéro-supérieure du col, soit au niveau du rebord cotyloïdien. Cette capsulotomie peut très bien être conduite, elle aussi, à l'anesthésie locale.

La résection arthroplastique est de toute autre importance. Elle nécessite l'emploi d'une anesthésie générale ou d'une rachianesthésie. Elle ne peut être proposée qu'à des sujets à bon état général, pas trop âgés. Pour la réaliser, on adjoindra à l'incision antérieure passant dans l'interstice couturier tenseur du fascia lata, une incision transversale sous-trochantérienne sectionnant ce dernier muscle. L'abord large de la face antérieure de l'articulation permettra l'ablation facile de la bourse séreuse du psoas. Ensuite, on procèdera à la section économique du col, puis à l'ablation de la tête. Après modelage, le col sera réintroduit dans la cavité cotyloïde et le grand trochanter sectionné sera abaissé. Un grand plâtre pelvi crural en abduction et légère rotation interne maintiendra en place le moignon cervical. Réalisée sur de bonnes indications cliniques, la résection arthroplastique s'avère de gravité immédiate pratiquement nulle et donne de bons résultats fonctionnels. Les douleurs surtout sont nettement diminuées. Les mouvements ne sont pas toujours très étendus, mais leur amplitude est habituelle-

ment suffisante pour assurer une fonction satisfaisante.

Outre ces deux interventions principales, on pourra, selon les cas, être amené à discuter les autres thérapeutiques chirurgicales applicables à la coxarthrie.

Le forage sera très rarement indiqué car ses résultats favorables sont vraiment par trop rares. Par contre, *la section du nerf obturateur* par la névrotomie capsulaire partielle qu'elle réalise et par la suppression des crampes douloureuses dans les muscles adducteurs paraît devoir être fréquemment utilisée comme opération de complément.

OBSERVATION I

Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque gauche communiquant avec l'articulation de la hanche, avec coexistence de coxarthrie bilatérale, mais à prédominance du côté gauche.

L. L..., 69 ans, profession : commis dans une entreprise de construction.

Début. En 1937, apparaît dans la région inguino-crurale gauche une petite tumeur d'abord dure, qui grossit et se ramollit progressivement. En même temps le malade éprouve une certaine difficulté à la marche, cette difficulté augmente peu à peu et devient plus nette vers 1940.

Au 1^{er} juillet 1941, il doit cesser son travail et prend un congé de 2 mois sans amélioration. Il consulte le Docteur Rœser à l'hôpital Bichat ; le Docteur Layani ponctionne en juillet 1941, une tumeur inguino-crurale de 7-8 cm. de large sur 5-6 cm. de haut et en retire un liquide jaune, filant, visqueux ; un peu de sang apparaît sur la fin de la ponction.

En août 1941, il consulte à nouveau le Docteur Rœser ; la tumeur contient moins de liquide, ainsi que le prouve la 2^e ponction pratiquée à ce moment.

En septembre 1941, le malade reprend son travail, mais il continue à souffrir et la marche reste très difficile.

Au cours d'une troisième consultation à l'hôpital Bichat, on lui déclare que le traitement médical est inefficace.

Le 11 novembre 1941, le malade rentre à l'hôpital Cochin dans le service du Professeur Mathieu.

Antécédents :

Le sujet n'a jamais été malade, c'était au contraire un homme actif aimant les exercices physiques, il a été membre du club alpin jusqu'en 1930.

Examen pré-opératoire :

On se trouve en présence d'un homme de 69 ans à l'état général satisfaisant.

Debout, on note l'attitude hanchée ; le bassin est basculé du côté droit, l'épine iliaque antéro-supérieure gauche est remontée, il existe un raccourcissement apparent du membre inférieur gauche. La cuisse gauche est en adduction, il y a une atrophie marquée des muscles de la cuisse.

A la marche, la boiterie est nette, le malade n'avance qu'à l'aide d'une canne, il plonge en avant à chaque pas et le pied gauche ne prend appui sur le sol que juste le temps nécessaire au passage de la jambe droite.

La marche s'accompagne de douleurs vives siégeant au niveau du pied et de la jambe le long du

bord externe de celle-ci mais n'irradie pas au-dessus du genou.

L'inspection révèle l'existence d'une hernie inguinale droite, d'une pointe de hernie gauche.

La région inguino-crurale gauche est le siège d'une tumeur du volume d'une grosse orange, on sent l'artère fémorale battre en avant de cette tumeur qui est absolument immobile, fluctuante, non douloureuse à la pression et qui paraît de consistance irrégulière. De plus, la tumeur est légèrement réductible. L'étude des mouvements de la hanche montre que la rotation est très limitée.

La flexion n'atteint pas la moitié de l'angle droit.

L'abduction est presque nulle.

L'hyperextension est impossible.

Enfin, la pression au niveau du grand trochanter est douloureuse.

La radiographie permet de constater :

A gauche, une disparition presque complète de l'interligne articulaire, la tête fémorale est aplatie à sa partie supérieure et hypertrophiée au contraire à sa partie inféro-interne. Il existe des ostéophytes sur le bord supérieur du col et au bord supérieur du cotyle. On note encore de l'adduction et de la rotation externe.

A droite, la tête fémorale a une forme normale, mais il existe quelques ostéophytes au bord supérieur du cotyle.

Albumine : 0.

Sucre : 0.

B.W. : —

Urée sanguine : 0,60.

Résorcine : 15.

Intervention pratiquée par le Docteur Padovani
le 17 novembre 1941.

Ablation de la bourse séreuse du psoas iliaque
gauche.

Anesthésie locale.

Saillie du volume d'une mandarine, fluctuante,
d'où l'on extrait 40 cc. de liquide, filant ; la tumeur
ne disparaît pas à la suite de la ponction.

Incision antérieure, libération de la capsule qui
communique largement avec une grosse bourse sé-
reuse à parois très épaisses, remplie de fragments
fibrineux denses. Ablation de toute la bourse, de
la face antérieure de la capsule et de formations
intra-articulaires en forme de grappes de raisin.

Ablation des fils le 11^e jour.

Le malade quitte l'hôpital le 13 décembre 1941.

Résultat de la biopsie :

Tissu fibreux dense avec quelques plages in-
flammatoires.

Examen post-opératoire le 28 décembre 1941.

On note l'existence de la cicatrice opératoire
longue de 12 cm. dans la région du triangle de Scar-
pa.

La bascule du bassin du côté droit et l'amy-
otrophie de la cuisse gauche ne sont pas modifiées.

L'examen des mouvements de la hanche montre qu'il persiste :

— une légère diminution de la flexion ;

— une grosse limitation de l'abduction et de l'hypertension, ainsi que de la rotation.

La pression au niveau du grand trochanter est légèrement douloureuse.

La marche est améliorée, les douleurs du pied et le long du bord externe de la jambe ont disparu sauf dans les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse fléchie. Par contre, il existe une douleur au niveau de la hanche gauche chaque fois que le malade appuie fortement son pied sur le sol.

OBSERVATION II

Hygroma bilatéral de la bourse séreuse du psoas iliaque avec coxarthrie bilatérale.

D. B..., 59 ans, facteur.

Début remonte à une dizaine d'années, se manifeste par une fatigabilité croissante à la marche. Il y a huit ans, apparaissent, à quelques mois d'intervalle, de petites saillies au niveau du pli inguinal, de chaque côté ; c'est la région inguinale gauche qui est envahie la première. Ces saillies augmentent progressivement de volume.

Examen :

Il s'agit d'un malade à l'état général médiocre.

La marche est très pénible, le sujet se déplace en se balançant fortement ; à chaque pas, le corps est déjeté alternativement à droite ou à gauche, davantage à gauche, d'ailleurs. Les douleurs qui, au repos, consistent en une sensation de pesanteur des membres inférieurs, deviennent vives à la marche, elles siègent au niveau des hanches sans localisation précise et irradient le long des faces antérieure et postérieure des cuisses.

On note, des deux côtés au niveau du pli de l'aîne, une tuméfaction indolore atteignant à droite le volume d'un œuf de poule, plus marquée à gauche où la tumeur a les dimensions d'une petite orange. Du côté gauche, on sent les battements de l'artère fémorale en avant de la tumeur, tandis qu'à droite, l'artère et la veine sont refoulées en dedans. A la palpation, il n'y a pas de fluctuation nette à droite, à gauche au contraire la tumeur paraît légèrement fluctuante.

L'étude des mouvements des hanches montre :

A droite une très importante limitation de l'abduction et de la rotation ; la flexion est conservée mais ne dépasse pas quarante degrés. A gauche, limitation analogue des mouvements, la flexion atteint à peine vingt-cinq degrés.

On pratique une ponction de la tumeur sans résultat du côté droit ; à gauche, on retire vingt

centimètres cubes de liquide séro-fibrineux dont l'examen montre une légère lymphocytose sans germe visible, la culture sur tous milieux est négative.

La radiographie montre au niveau des deux hanches des images à peu près symétriques d'arthrite chronique : gros pincement articulaire, la tête fémorale est enfoncée dans le cotyle et il existe des ostéophytes à l'union de la tête et du col réalisant l'aspect de la tête « en champignon ».

Ce malade ayant été atteint en 1926 de péritonite tuberculeuse, et présentant actuellement des signes de bronchite chronique, la seule intervention logique consistant en une résection bilatérale, vu son état général, on décide de s'abstenir d'opération.

OBSERVATION III

Chondromatose de la hanche gauche avec coxarthrie ayant simulé un hygroma de la bourse séreuse du psoas.

R. F..., 57 ans, maçon.

Ce malade souffre de crises douloureuses, sans cause apparente, depuis sept, huit ans. Il rapporte ses douleurs à un coup de pied de cheval reçu, en 1917, au niveau de l'arcade fémorale gauche. La

maladie évolue par crises, survenant à intervalles assez espacés, provoquées par la fatigue, occasionnant une gêne fonctionnelle dans son travail. Les crises se rapprochent par la suite, deviennent finalement permanentes, obligeant le malade à s'aliter.

En dehors du traumatisme signalé, il n'y a rien à retenir dans les antécédents.

Examen pré-opératoire :

Dans la station debout, l'attitude n'a rien d'anormal.

À la marche, on s'aperçoit que celle-ci est très pénible du fait de la douleur qu'elle cause au malade qui ose à peine poser le pied à terre.

Les douleurs siègent à la hanche, au niveau de la tête fémorale, elles ont leur maximum un peu en dehors des vaisseaux et irradient en avant tout le long de la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou.

La région inguino-crurale est occupée par une tuméfaction indolore du volume d'une mandarine, située en dehors des vaisseaux qui sont refoulés en dedans d'elle.

La palpation montre que cette tumeur est légèrement fluctuante et fait entendre un bruit du chaînon caractéristique.

L'étude des mouvements de la hanche met en évidence une grosse diminution de la flexion, de l'hyperextension.

L'abduction et la rotation sont particulièrement douloureuses.

La radiographie :

Montre au niveau de la hanche gauche un pincement de l'interligne articulaire avec légère déformation de la tête fémorale et de petits ostéophytes à l'union de la tête et du col.

Sur deux plages situées en avant et au-dessous du col fémoral, on note l'existence d'une multitude de points calcifiés paraissant occuper deux bourses séreuses, séparées par l'insertion du psoas.

Une radiographie de profil, en position dite urétrale, révèle que la masse ainsi formée cravate la partie inféro-interne du col du fémur.

Intervention le 6 juillet 1941 sous anesthésie générale à l'éther.

Incision antérieure. Ouverture de la capsule qui est bourrée de corps étrangers cartilagineux. Les uns libres, les autres adhérents à la face profonde de la capsule. Résection d'une partie de la capsule et de la synoviale articulaire pour biopsie.

Résultat de la biopsie :

L'examen histologique des fragments prélevés a montré qu'il s'agissait de franges synoviales inflammatoires sans caractère de lésion spécifique, tuberculeuse ou autre.

Après cette intervention purement exploratrice, pratiquée par voie externe, qui n'a pas permis d'aborder cette bourse séreuse placée sous l'insertion du psoas et sans communication avec l'articulation, les douleurs persistent ; on fait alors au malade de la radiothérapie.

CONCLUSIONS

1. — L'hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque au cours de l'évolution de la coxarthrie est une affection rare, presque exceptionnelle.

2. — Sa symptomatologie est marquée en partie par celle de l'arthrite coexistante.

L'examen objectif révèle une tumeur plus ou moins volumineuse à la partie supro-externe du triangle de Scarpa, ovoïde, régulière, profondément fixée, dure ou rénitente dans l'extension de la cuisse, fluctuante dans la flexion, souvent réductible partiellement quand elle communique avec l'articulation ou un diverticule, et donnant quelquefois de la crépitation à la pression (corps étrangers).

La hanche présente les lésions caractéristiques de l'arthrite chronique.

3. — Le traitement est uniquement chirurgical, et consiste essentiellement dans l'ablation, parfois difficile, du kyste séreux. Chaque fois que l'as-

pect local et l'état général le permettront, cette intervention devra être complétée par un acte opératoire, variable selon les cas, visant au traitement direct de la coxarthrie.

Vu : *Le Président,*
P. MATHIEU.

Vu : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ARROU. — Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, 29 décembre 1928, p. 1474.
- AUVRAY. — Kyste développé dans la bourse séreuse située sous le psoas. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1919, vol. XLV, p. 980.
- CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration et du drainage, 1859, T.II.
- CHASTENET DE GERY. — Un cas d'hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., 29 décembre 1928, p. 1466-1472 et 2 février 1929, p. 98.
- CHURCHMANN. — Luetic Bursopathy of Verneuil. The Americ. Journal of Med. Soc. septembre 1909.
- N. COZZI. — Hygroma of psoas complicated with ossifluent abcess, case. Folia medica, 15 nov. 1929, p. 1635.
- CULLED. — A large cystic tumor developping from the ilio-psoas bursa : Journal Americ. M. Ass. Chicago 1910, LIV, pp. 1181-1184.
- DAGRON. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque ; mort par infection purulente. Bull. Soc. Anat. de Paris 1891, vol. LXVI, pp. 140-143.

- F. DURVILLE. — L'hygroma de la bourse séreuse du psoas. Thèse de Paris, 1895, n° 78.
- P. DELBET. — Corps étrangers contenus dans un hygroma de la bourse du psoas. Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1902, Vol. XXVIII, p. 1264.
- EHRLE. — Wurtemberg medicinische correspondantblatt, octobre 1868, t. 38, n° 34, p. 275.
- FRICKE. — JI. der Chirurgie und Augenfeilkunde, 1834, t.21, p.235.
- HEINEKE. — Mémoire paru à Erlangen, 1868, p.104.
- HOFFA. — Monatsschrift, J.Unfallheilk, 1869, vol.C, p.287.
- JOLY. — Thèse de Paris, 1847.
- KUMMER. — Un cas d'hygroma chronique de la bourse du psoas iliaque ou iliopectinée. Rev. Méd. de la Suisse Rom. Genève, 1917, v.XXVII, p. 574.
- F. LEJARS. — L'intervention opératoire dans le rhumatisme chronique déformant. Sem. Médicale, Paris 1903, vol. XXV, pp. 25-28.
- LUND. — The ilio psoas bursa, its Surgical importance and the treatment of its inflammatory Conditions, with report of three cases. Boston Medical and Surg. JI. vol. CXLVII 1922.
- MAISONNEUVE. — Clinique chirurgicale 1863, t. I, p. 243.
- P. MATHIEU. — Traité de chirurgie orthopédique, t. IV.

J. MICHANS. — Diagnostico de un tumor de la region inguinal (diagnostic différentiel avec un hygroma de la bourse séreuse du psoas). Dia. Méd. 12-809. B.II, 9 sept. 1940.

MOLINERY. — Un cas historique de coxarthrie traumatique non tuberculeuse de la hanche. La maladie du prince impérial. Gazette des Hôpitaux, n° 90, 9 novembre 1935, pp. 1522-1523.

MOMMSEN. — Zwei f. alle gutartiger grosser schleimbaut cl. hygrome. Deutsche med Wehnschr., Leipz. u. Berlin 1895, vol. XX, pp. 107-109.

MONDAIN. — Un cas de communication directe de la bourse séreuse du psoas iliaque. Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris, 18 juin 1930, T.II, p. 845.

PADOVANI. — L'arthrite chronique de la hanche. Thèse de Paris, 1932.

PAGET. — Tr. Path. Soc. of London, 1884, p. 342.

J.-A. PHÉLIP. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque. Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 18 juin 1930, T.II, p. 845.

PISANO. — Un caso di igroma della borsa sierosa dello psoas iliaco. Policlin. Rome, 1913, vol. XX. Sez. prat. pp. 415-445.

H.-A. POPPE. — Zur Casnistik der brasitis iliaca, 8°, Kiel 1900.

PRENGRUEBER. — Gaz. Hôpitaux, 1885, n° 132.

ROSE. — The Lancet, 1873, 5 avril.

SCHOEFFER. — Centralblatt für Chirurgie, 1880, n° 27.

- SÉNÈQUE. — Hygroma de la bourse du psoas. Mém. de l'Acad. de Chir., Sce du 22 juin 1938, n° 22.
- SONNEBORN. — Inaugur. Dissert. Marbourg, 1894, p. 27.
- E. SORREL. — Hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas. Bull. et mém. Soc. Nat. de Chir. 2 février 1929, pp. 98-100.
- P.-A. VASSEROT. — L'hygroma chronique simple de la bourse séreuse du psoas iliaque. Thèse de Paris, 1933.
- VOLKMANN. — Frankheiten der Gelenkorganen, t.II.
- DE WECK et DUPRAZ. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas dû à la présence de corps libres consécutifs à une fracture ancienne du fémur. Rev. Méd. de la Suisse Rom. Genève, 1900, vol. XX.
- WETZEL. — Hygrom. der Bursa subiliaca. Munchen. med. Wochenschrift, 1899, XLVI, p. 658.
- ZUELZER. — Die Schleimbeutel der Huftte und deren Erkrankungen. Deutsch. Ztschr. f. Chirurgie 1898, vol. XLIX.

